



WellSpace Health
Hiram Johnson High School Community Health Center
3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
(916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



Estimado Padre/Guardián de Hiram Johnson High School,

El Centro de Salud de la escuela Hiram Johnson, ofrece servicios gratis para nuestros estudiantes, y es un lugar amistoso y muy conveniente ya que está ubicado en la escuela. Nosotros ofrecemos servicios comprensibles de médico, dental, salud mental, clases de salud y servicios de desarrollo para jóvenes.

Nosotros estamos ubicados en:

WellSpace Health School Based Health Center
Hiram Johnson High School
3535 65th Street Bldg. C Sacramento, CA 95820
Medico: (916)737-5555 Línea Directa para Dental (916)318-6221

Cada estudiante de Hiram Johnson High School es elegible para recibir servicios médicos en nuestra clínica. Si su hijo(a) necesita ser revisado por un doctor o dentista, por favor diga a su hijo(a) que busque a la enfermera de la escuela, localizada en el salón F-1. El estudiante también puede ir directamente a nuestra clínica después de clases el miércoles o jueves para hacer una cita con nuestra recepcionista.

Para servicios Dentales por favor tome en cuenta, los estudiantes tienen que ser asignados a una de nuestras clínicas de WellSpace Health, antes de poder venir aquí en nuestro Centro de Salud de Hiram Johnson. Por favor llame a nuestra línea directa dental si tiene preguntas o para asistencia con este proceso.

Horario del Centro de Salud de Hiram Johnson
Lunes, Martes y Viernes: 8:00am-3:00pm
Miércoles: 1:00pm-5:00pm
Jueves: 8:00am-5:00pm

Junto con esta carta, hay dos formas pidiendo su consentimiento; una para servicios médicos y otra para servicios dentales, y una forma de antecedentes médicos. Las dos formas para dar consentimiento le explican en detalle los servicios que ofrecemos. **Si le gustaría dar consentimiento a su hijo(a) para usar los servicios del Centro de Salud de Hiram Johnson, por favor llene el paquete completamente y regréselo al Centro de Salud o entréguelo a la enfermera de la escuela.** Al firmar este consentimiento, usted está dando permiso a su hijo(a) para usar el Centro de Salud *durante horas de clases* o cuantas veces sea necesario.

El Centro de Salud de Hiram Johnson es parte de WellSpace Health, una organización de servicios humanitarios, quien ha servido al condado de Sacramento y áreas cercanas desde 1953. Nuestros programas mejoran la parte emocional, psicológica y salud física de nuestros hijos, jóvenes y familias. Otros programas incluyen salud mental, consejería para adicción, salud de la mujer y apoyo para padres. Todos los servicios son proveídos por diferente personal de WellSpace Health, como terapistas, voluntarios y pasantes de la escuela que requieren entrenamiento y supervisión.

Es un orgullo para WellSpace Health servir a estudiantes y familias de Hiram Johnson High School y esperamos darle nuestro mejor servicio muy pronto.

Atentamente,

Magda Chavez
School Based Health Center Coordinator
machavez@wellspacehealth.org



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO, PAGO U OTRA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Track: _____
 Dirección _____ Ciudad: _____
 Número de teléfono en el hogar: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____
 Escuela: _____ **N.º de SS del estudiante:** _____
 N.º de emergencia o trabajo del padre/tutor/guardián legal: _____

He leído y entiendo los servicios que se ofrecen en el centro médico cuyo nombre aparece arriba (“WellSpace Health”). Yo autorizo al Centro Médico a proporcionar a mi hijo o hija servicios simples, comunes y rutinarios de atención médica, tal como los que están delineados abajo, en la medida en que la ley requiere mi consentimiento. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales, hay ciertos servicios que mi hijo(a) puede recibir y para los cuales no es necesario mi consentimiento.

Consentimiento requerido para estos servicios:

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves y agudas	8. Exámenes exploratorios de la vista y el oído
2. Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental	9. Servicios de laboratorio
3. Primeros auxilios para lesiones leves	10. Servicios limitados de rayos X en los Centros Médicos WSHC
4. Exámenes físicos	11. Artículos con y sin receta
5. Asistencia con enfermedades crónicas continuas, tales como: asma, diabetes y epilepsia	12. Programas de dietas y control de peso
6. Tratamiento del acné y otros problemas de la piel	13. Referencias para servicios de atención médica que no se puedan proporcionar en el Centro Médico
7. Vacunas	14. Tratamiento de emergencia

1. Entiendo que este consentimiento sólo aplica a los servicios proporcionados en el Centro Médico ubicado en la escuela Hiram Johnson o en otra clínica de WellSpace Health (WSHC) que sean el resultado de una referencia hecha por el Centro Médico de Hiram Johnson High School, y no permite que ninguna otra instalación privada o pública proporcione servicios a mi hijo(a) sin mi consentimiento.
2. Por medio de la presente autorizo a WSHC a proporcionar a mi compañía o compañías de seguro médico la información médica o dental que sea necesaria para completar las reclamaciones del seguro médico de mi hijo(a).
3. Entiendo que los expedientes médicos y/o dentales de mi hijo(a), incluyendo los expedientes de vacunas, se conservarán confidenciales, pero esta información se puede compartir con otros proveedores médicos para los propósitos de la atención y el tratamiento médico de mi hijo(a). No se permitirá ninguna otra divulgación de la información médica de mi hijo(a) sin mi permiso por escrito, excepto como lo permita o requiera la ley. Entiendo que la norma de confidencialidad del Centro Médico de Hiram Johnson High School y de WSHC se publica en la Notificación de Prácticas de Confidencialidad de WSHC.
4. Entiendo que en cualquier momento yo puedo revocar, restringir o revisar **por escrito** este consentimiento; sin embargo, esto no afectará los servicios y/o el tratamiento que fueron previamente proporcionados por WSHC por medio de este consentimiento.

Esta forma de consentimiento permanecerá en efecto hasta que el estudiante termine inscripción en la escuela, o revocada por escrito.

Firma del padre/tutor/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letras de molde: _____



WellSpace Health
 Hiram Johnson High School Community Health Center
 3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
 (916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



Información del Seguro Médico y Financiera

Solicito y autorizo el pago directo al Centro de Salud de Hiram Johnson y a WSHC de cualquier beneficio de seguro médico (HMO, seguro privado, Medicare, Medi-Cal, etc.) que normalmente sería pagable, a o en nombre de mi hijo(a) por los servicios brindados por el Centro de Salud de Hiram Johnson o WSHC a una tarifa que no exceda los cargos reales por tales servicios. Entiendo que ni a mi hijo o hija se le cobrará directamente los servicios proporcionados por el Centro de Salud de Hiram Johnson y WSHC. Entiendo que el Centro de Salud buscara recibir compensación de toda fuente de pago terceras y/o fondos de subvención como Medi-Cal y Family Pact. Estudiantes pueden pedir registrarse para Medi-Cal. El ingreso de la familia no es un factor para determinar su elegibilidad, en veces depende en el tipo de servicio médico que fue brindado para el estudiante. Si mi hijo o hija está cubierto por cualquier tipo de seguro médico, proporcionaré a la clínica la información sobre el seguro.

Firma del padre/tutor/guardián legal _____ **Fecha:** _____

Nombre en letras de molde: _____

Aunque ningún cobro se le hará directamente por cualquiera de los servicios médicos proporcionados en la Clínica de Salud, se permite recuperar el pago de tales servicios de pagadores terceros. Por lo tanto, le pedimos que proporcione la información del seguro médico de su hijo o hija que se solicita a continuación.

N.º de Medi-Cal/Medicaid (si aplica): _____

Nombre de aseguranza bajo Medi-Cal: _____

Nombre y dirección de otro seguro médico: _____

Nombre del asegurado: _____

N.º de Seguro Social del asegurado: _____

Fecha(s) de vigencia del seguro: _____

Signature verified by (office use only) _____ *Date:* _____



HIRAM JOHNSON SCHOOL BASED HEALTH CENTER

Historial Médico del Estudiante

Nombre del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Nombre del Padre/Tutor legal: _____ Teléfono: _____
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____
 Doctor de cabecera: _____ Teléfono: _____

Medicamentos Recetados:

¿Su hijo/hija está actualmente tomando medicamentos? Sí _____ No _____
 ¿Si la respuesta, es SI porque enfermedad? _____
 Tipo de medicamento: _____
 ¿Su hijo/hija toma bisfosfonatos? Sí _____ No _____

Cirugía (Edad, Tipo): _____

Alergias: Sí _____ No _____ ¿Si tiene alergias que son? _____

Vacunas:

Polio	Sí _____ No _____	Fecha _____	Sarampión	Yes _____ No _____	Date _____
Tétano	Sí _____ No _____	Fecha _____	Rubeola	Yes _____ No _____	Date _____
Prueba de Mantoux (Tuberculosis)	Sí _____ No _____	Fecha _____	Rebulla	Yes _____ No _____	Date _____
	Sí _____ No _____	Fecha _____	Paperas	Yes _____ No _____	Date _____

Otra: _____

¿Su hija/hijo ha tenido una mala reacción a cualquiera de estas vacunas?

Explique: _____

Anteriores/Presente Enfermedades:

Comentarios (edad, complicaciones)

Viruela	Sí _____ No _____	_____
Sarampión	Sí _____ No _____	_____
Paperas	Sí _____ No _____	_____
Neumonía	Sí _____ No _____	_____
Asma	Sí _____ No _____	_____
Otra	Sí _____ No _____	_____
Convulsiones	Sí _____ No _____	_____
Diabetes	Sí _____ No _____	_____
Alta Presión	Sí _____ No _____	_____
Migrañas	Sí _____ No _____	_____
Tendencia Por Sangrar	Sí _____ No _____	_____
Enfermedad del Corazón	Sí _____ No _____	_____

Otra _____

Describe _____

Problemas Ortopédicos

Fracturas	Sí _____ No _____	_____
Torceduras	Sí _____ No _____	_____
Escoliosis	Sí _____ No _____	_____
Conmoción Cerebral	Sí _____ No _____	_____
Lesión en la rodilla	Sí _____ No _____	_____
Lesión en el Cuello/Espina dorsal	Yes _____ No _____	_____

Otra: _____

Continúa esta forma al reverso



WellSpace Health
 Hiram Johnson High School Community Health Center
 3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
 (916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



Continuación de Historial Médico del Estudiante

Historia Médica de la Familia Biológica- Padre, Madre, Otros Niños

(Especifique Quien)

Convulsiones	Sí__ No__	_____
Alta Presión	Sí__ No__	_____
Migrañas	Sí__ No__	_____
Enfermedad del Corazón	Sí__ No__	_____
Tendencia Por Sangrar	Sí__ No__	_____
Diabetes	Sí__ No__	_____
Cáncer	Sí__ No__	_____
Tuberculosis	Sí__ No__	_____
Anemia	Sí__ No__	_____
Problemas de Fumar	Sí__ No__	_____
Otra		_____

He completado el formulario Historial Médico al mejor de mi conocimiento.

(Letras en molde) Padre/Guardián Legal

(Firma) del Padre/Guardián Legal

<i>Signature verified by (office use only)</i> _____ <i>Date:</i> _____



WellSpace Health
 Hiram Johnson High School Community Health Center
 3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
 (916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS DENTALES, PAGO U OTRA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____	Grado: _____	Track: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	
Número de teléfono en el hogar: _____	Fecha de nacimiento del estudiante: _____	
Escuela: _____	N.º de SS del estudiante: _____	
N.º de emergencia o trabajo del padre/tutor/guardián legal: _____		

He leído y entiendo los servicios que se ofrecen en el centro médico cuyo nombre aparece arriba (“WellSpace Health”). Yo autorizo al Centro Médico a proporcionar a mi hijo o hija servicios simples, comunes y rutinarios de atención médica, tal como los que están delineados abajo, en la medida en que la ley requiere mi consentimiento. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales, hay ciertos servicios que mi hijo(a) puede recibir y para los cuales no es necesario mi consentimiento.

Consentimiento requerido para estos servicios:

1. Chequeo Dental	7. Barniz de Fluoruro
2. Examinación Completa (Incluyendo Rayos X de toda la boca)	8. Selladores Dentales
3. Diagnóstico y Tratamiento	9. Profilaxis/ Limpieza
4. Restauraciones (Compuesto o Amalgama)	10. Educación Dental
5. Extracciones	11. Referencias a Especialistas
6. Tratamiento de conducto Radicular	12. Otros procedimientos Dentales que sean Necesarios

1. Entiendo que este consentimiento sólo aplica a los servicios proporcionados en el Centro Médico ubicado en la escuela Hiram Johnson o en otra clínica de WellSpace Health (WSHC) que sean el resultado de una referencia hecha por el Centro Médico de Hiram Johnson High School, y no permite que ninguna otra instalación privada o pública proporcione servicios a mi hijo(a) sin mi consentimiento.
2. Por medio de la presente autorizo a WSHC a proporcionar a mi compañía o compañías de seguro médico la información médica o dental que sea necesaria para completar las reclamaciones del seguro médico de mi hijo(a).
3. Entiendo que los expedientes médicos y/o dentales de mi hijo(a), incluyendo los expedientes de vacunas, se conservarán confidenciales, pero esta información se puede compartir con otros proveedores médicos para los propósitos de la atención y el tratamiento médico de mi hijo(a). No se permitirá ninguna otra divulgación de la información médica de mi hijo(a) sin mi permiso por escrito, excepto como lo permita o requiera la ley. Entiendo que la norma de confidencialidad del Centro Médico de Hiram Johnson High School y de WSHC se publica en la Notificación de Prácticas de Confidencialidad de WSHC.
4. Entiendo que en cualquier momento yo puedo revocar, restringir o revisar **por escrito** este consentimiento; sin embargo, esto no afectará los servicios y/o el tratamiento que fueron previamente proporcionados por WSHC por medio de este consentimiento.

Esta forma de consentimiento permanecerá en efecto hasta que el estudiante termine inscripción en la escuela, o revocada por escrito.

Firma del padre/tutor/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letras de molde: _____



WellSpace Health
 Hiram Johnson High School Community Health Center
 3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
 (916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



Información Dental del Seguro Médico y Financiera

Solicito y autorizo el pago directo al Centro de Salud de Hiram Johnson y a WSHC de cualquier beneficio de seguro médico (HMO, seguro privado, Medicare, Medi-Cal, etc.) que normalmente sería pagable, a o en nombre de mi hijo(a) por los servicios brindados por el Centro de Salud de Hiram Johnson o WSHC a una tarifa que no exceda los cargos reales por tales servicios. Entiendo que ni a mi hijo o hija se le cobrará directamente los servicios proporcionados por el Centro de Salud de Hiram Johnson y WSHC. Entiendo que el Centro de Salud buscara recibir compensación de toda fuente de pago terceras y/o fondos de subvención como Medi-Cal y Family Pact. Estudiantes pueden pedir registrarse para Medi-Cal. El ingreso de la familia no es un factor para determinar su elegibilidad, en vez depende en el tipo de servicio médico que fue brindado para el estudiante. Si mi hijo o hija está cubierto por cualquier tipo de seguro médico, proporcionaré a la clínica la información sobre el seguro.

Firma del padre/tutor/guardián legal _____ **Fecha:** _____

Nombre en letras de molde: _____

Aunque ningún cobro se le hará directamente por cualquiera de los servicios médicos proporcionados en la Clínica de Salud, se permite recuperar el pago de tales servicios de pagadores terceros. Por lo tanto, le pedimos que proporcione la información del seguro médico de su hijo o hija que se solicita a continuación.

N.º de Medi-Cal/Medicaid (si aplica): _____

Nombre de aseguranza bajo Medi-Cal: _____

Nombre y dirección de otro seguro médico: _____

Nombre del asegurado: _____

N.º de Seguro Social del asegurado: _____

Fecha(s) de vigencia del seguro: _____

Signature verified by (office use only) _____ *Date:* _____



WellSpace Health
 Hiram Johnson High School Community Health Center
 3535 65th St. Building C, Sacramento, CA 95820
 (916) 737-5555 Fax: (916) 451-1706



Dental Materials Fact Sheet Acknowledgement

Patient Name: _____ **DOB:** _____

I hereby acknowledge that a copy of the Dental Materials Fact Sheet dated May 2004 has been made available to me. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding this Fact Sheet.

If you would like a copy of the Dental Materials Fact Sheet, please come to our Health Center and it will be provided to you.

Signature of Parent/ Legal Guardian: _____ **Date:** _____

Hoja Informativa De Reconocimiento De Materiales Dentales

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Reconozco que una copia de la hoja informativa de materiales dentales con fecha de mayo de 2004, se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de preguntar cualquier pregunta que yo pueda tener sobre esta hoja informativa.

Si desea una copia de la Hoja Informativa De Reconocimiento De Materiales Dentales, por favor venga a nuestro Centro de Salud y será proporcionado a usted.

Firma del padre/guardián legal: _____ **Fecha:** _____



Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo recibí este Aviso de Prácticas de Privacidad por escrito en lenguaje sencillo. El aviso estipula en detalle los servicios y revela la protección de mi información de salud que fue escrito en este aviso como mis derechos individuales y las funciones legales con respeto para proteger la información de salud. Este aviso incluye:

- Una declaración que esta práctica es requerida por la ley para mantener la privacidad y proteger la información de salud.
- Una declaración que esta práctica es requerida para acatar los términos del aviso actualmente en efecto.
- Tipo de usos y divulgaciones que esta práctica es permitida para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago, y atención médica.
- Una descripción de cada uno de los propósitos para los que esta práctica se permita o requiera para usar o divulgar información de salud sin mi consentimiento o autorización protegida.
- Una descripción de usos y divulgaciones que son prohibidas o materialmente limitados por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que se hará sólo con mi autorización por escrito y que yo puedo revocar como autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a información protegida de salud y una breve descripción de cómo yo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a reclamar a esta práctica y a la Secretaria del HHS, sí creo que mis derechos de privacidad han sido violados, y que ninguna acción de represalia será utilizada en mi contra en caso de una denuncia.
 - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de mi información de salud protegida, y que esta práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud.
 - El derecho a inspeccionar y copiar información de salud protegida.
 - El derecho de enmendar la información protegida de la salud.
 - El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información de salud protegida.
 - El derecho a obtener una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica previa solicitud.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas y hacer nuevas disposiciones eficaces para toda la información protegida de la salud que se mantiene.

Entiendo que puedo obtener esta práctica actual del Aviso de Prácticas de Privacidad a petición.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al paciente (Si firmado por padre/guardián legal del paciente): _____



Verificar Formas de Consentimiento

Llenas Completamente
Sí No

1. Leer Carta de Introducción de los servicios de salud Pg.1.....		
2. Formulario de consentimiento servicios MEDICOS con firma y fecha Pg.2...		
3. Información de seguro médico con firma de los padres/fecha Pg.3.....		
4. Historial médico del estudiante llena completamente Pg.4 y Pg.5.....		
5. Formulario de consentimiento DENTAL con firma y fecha de padres Pg.6...		
6. Información sobre el seguro dental con firma de los padres/fecha Pg.7.....		
7. Hoja Informativa De Reconocimiento De Materiales Dentales Pg.8.....		
8. Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento al Paciente Pg.9.....		

Por favor guárdese la primera página
Regrese el resto de las formas al Centro de Salud o a la Enfermera de la Escuela